Perceptie van huisartsen over hun huidige en toekomstige rol in het beleid bij hartfalenpatiënten: Een kwalitatieve studie

Sofia Zervas[1], Hanne Leben[1], Miek Smeets[2], Bert Vaes[2]

ABSTRACT

Inleiding: Chronisch hartfalen vormt een belangrijke medische en economische uitdaging voor onze samenleving. Richtlijnen raden multidisciplinaire, geïntegreerde zorg aan omdat dit de kwaliteit van de zorg voor hartfalenpatiënten ten goede zou komen. In Vlaanderen is deze zorg eerder gefragmenteerd met een onduidelijke rolverdeling voor de verschillende zorgverleners. De eerste aanmelding en zorg voor hartfalenpatiënten vindt echter meestal plaats bij de huisarts.

Doel: Inzicht krijgen in de perceptie van huisartsen over hun huidige en toekomstige rol in de zorg van patiënten met chronisch hartfalen.

Methode: Deze studie is een kwalitatieve studie die gebruik maakt van semi-gestructureerde interviews, uitgevoerd in dertien Vlaamse huisartsenpraktijken. Data-analyse gebeurde volgens de *Quagol*-methode.

Resultaten: Huisartsen gaven zichzelf een centrale rol in het beleid en vertrokken daarbij vanuit een holistische visie. Ze vreesden dat deze centrale rol omwille van een stijgend aantal chronisch zieken en de hiermee gepaard gaande toenemende werkbelasting in de toekomst mogelijk niet houdbaar blijft. Ondersteuning onder de vorm van lokale, multidisciplinaire zorgafspraken en introductie van eerstelijnsverpleegkundigen zouden de kwaliteit van de zorg voor hartfalenpatiënten ten goede kunnen komen. Voor huisartsen was het echter belangrijk dat zij de spil blijven in de zorg en dat het om flexibele, patiëntgerichte zorgafspraken gaat.

Besluit: Wanneer men multidisciplinaire zorg voor hartfalenpatiënten wil implementeren, moet er rekening worden gehouden met de verzuchtingen van de huisartsen, met name dat deze zorg holistisch en flexibel moet zijn met een centrale rol voor de huisarts.

TREFWOORDEN: chronisch hartfalen, huisarts, behandeling, multidisciplinaire samenwerking

[1] Huisarts in opleiding, KU Leuven België.
[2] Huisartsen verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven, België.

INLEIDING

Chronisch hartfalen is een frequent voorkomend syndroom met een hoge morbiditeit en mortaliteit (1-4). Door de toenemende vergrijzing wordt een ware 'hartfalenepidemie' verwacht (3,5). In totaal wordt 2 % van het nationaal gezondheidsbudget besteed aan de zorg voor patiënten met hartfalen. De grootste kost gaat daarbij naar (her)hospitalisaties (5,6). (Inter)nationale richtlijnen raden multidisciplinaire, geïntegreerde zorg aan om de kwaliteit van de zorg voor hartfalenpatiënten te verbeteren en op lange termijn gezondheidskosten te verminderen (6-8). In de praktijk lijkt het zorglandschap echter gefragmenteerd met een onduidelijke rolverdeling voor de betrokken zorgverleners (9,10). Dit uit zich voornamelijk in onderbehandeling, suboptimale dosering van medicatie en onvoldoende educatie van de patiënt (10-17). Aangezien patiënten met

hartfalen in Europa het meest gezien worden in de eerste lijn (3,6,18,19), kan binnen een multidisciplinair team een belangrijke rol weggelegd zijn voor de huisarts.
Vanuit de literatuur is reeds veel gekend over de barrières en opportuniteiten die huisartsen ervaren in het beleid bij hartfalen (10,17). Ondanks het erkende belang van geïntegreerde zorg tussen eerste en tweede lijn, werd de huisarts tot nu toe weinig betrokken in multidisciplinaire studies (20-23). Er is bovendien geen eenduidige invulling van het zorglandschap (24,25). In de literatuur werd tot op heden weinig aandacht besteed aan de percepties van de huisarts over de invulling van zijn rol en deze van zijn zorgpartners in het beleid van hartfalen. Bovendien werd nog geen onderzoek verricht naar de lokale barrières en opportuniteiten bij de Vlaamse huisarts. Door meer inzicht te verkrijgen in de percepties en motivaties van de huisarts kan de praktische invulling van een (Vlaams) multidisciplinair landschap vergemakkelijkt worden.
Daarom peilt dit onderzoek naar de ervaringen van de Vlaamse huisartsen met het beleid van chronisch gediagnosticeerd hartfalen, zowel in de eigen praktijk als binnen het multidisciplinair landschap.

METHODE

In deze studie werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode om de rol van huisartsen in het beleid bij chronisch hartfalen in kaart te brengen. Kwalitatief onderzoek leent zich immers het beste om inzicht te krijgen in de ervaringen en visie van participanten. Aangezien het op basis van de huidige literatuur mogelijk is om een aantal relevante onderzoeksthema's reeds op voorhand af te bakenen, werd gekozen voor een semi-gestructureerde bevragingsmethode (26). Hierbij ligt de structuur van het interview vooraf gedeeltelijk vast, maar wordt er toch voldoende ruimte voorzien voor nieuwe elementen. De studie werd voorgelegd aan en goedgekeurd door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Leuven (mp05169).

Deelnemers

Huisartsen met een verschillende achtergrond en praktijkervaring werden geïnterviewd (appendix). Een maximale variatie in karakteristieken werd nagestreefd door doelgerichte selectie (*purposive sampling*) (26) binnen de regio Limburg. De artsen werden telefonisch uitgenodigd voor een interview. Er werd geen vergoeding voorzien. Bij weigering werd de reden hiervoor bevraagd.

Data-collectie

De semi-gestructureerde interviews vonden plaats tussen maart 2015 en februari 2016. Alle deelnemende huisartsen gaven *informed consent*. Als leidraad voor de interviews werd een *topic list* gebruikt, die in overleg met het onderzoeksteam werd opgesteld na het doornemen van de literatuur. De *topic list* werd steeds na drie tot vier opeenvolgende interviews kritisch geanalyseerd door het onderzoeksteam en aangepast waar nodig.
De interviews werden afgenomen in de praktijkruimte van de deelnemende arts door een vast onderzoeksduo bestaande uit een interviewer en een observator (HL en SZ). De interviews werden via een audio-opname vastgelegd. De interviewers volgden vooraf een training en na elk interview werd de interviewstijl kritisch geanalyseerd door de onderzoekers en bijgestuurd om een maximale kwaliteit na te streven. Er werden interviews afgenomen tot datasaturatie bereikt werd. Datasaturatie werd bereikt wanneer de laatste twee interviews geen nieuwe elementen aanleverden of wanneer een bepaalde categorie volledig uitgewerkt was in al haar dimensies en variaties.

Data-analyse

Elk interview werd aan de hand van de geluidsopname onmiddellijk en letterlijk, met zowel verbale als non-verbale tekens, uitgeschreven (*conversation analysis*) (26). De interviews werden in cycli van drie tot vier afgenomen en verwerkt. Na elf interviews werden er nog twee interviews extra gedaan om datasaturatie te bereiken.
Bij de data-analyse werden principes van de Leuvense *Quagol*- methode gebruikt (27). Dit proces bestond uit twee delen: (i) een voorbereidend deel met pen en papier en (ii) het

eigenlijke coderingsproces met de software NVIVO 10 (QSR International, Melbourne, Australië). Ieder deel bestond op zijn beurt uit vijf fasen die op een dynamische manier doorlopen werden.
Tijdens het voorbereidende deel werd getracht zo vertrouwd mogelijk te raken met de interviewdata om te komen tot een lijst van concepten als startpunt voor het eigenlijke coderingsproces in NVIVO 10. Na grondig (her)lezen werden de karakteristieken van de geïnterviewde, de context en de essentie van ieder interview eerst door twee onderzoekers (HL en SZ) afzonderlijk en nadien in onderlinge discussie geformuleerd. Vervolgens werd voor ieder interview een 'conceptueel schema' opgesteld. De bruikbaarheid hiervan werd nagegaan door het herhaaldelijk aftoetsen met het interview. De conceptuele thema's van de verschillende interviews werden geanalyseerd en vergeleken om uiteindelijk tot een conceptenlijst te komen.
Het eigenlijke coderingsproces gebeurde met behulp van de software NVIVO 10. In een eerste stap codeerden twee verschillende onderzoekers (HL en SZ) door elk tekstfragment te linken aan één van de concepten uit de lijst. De concepten fungeerden als initiële codeboom binnen het programma. De concepten en voorlopige codeboom werden vervolgens cyclisch uitgebreid besproken door het hele onderzoeksteam. De bruikbaarheid van de codes werd kritisch bekeken, codes werden aangepast waar nodig en de tekstfragmenten van iedere tentatieve code werden in team geanalyseerd, opgeruimd en verder verfijnd.
In een laatste fase werd door de twee onderzoekers onafhankelijk vanuit de gevonden resultaten en concepten de verhaallijn gedestilleerd. Dit werd eerst onderling bediscussieerd om vervolgens binnen de hele onderzoeksgroep tot consensus te komen.
Descriptieve thema's ontstonden door het samenvoegen van codes die bij elkaar hoorden (inductieve methode). Vanuit deze descriptieve thema's werden analytische thema's gedestilleerd door doorgedreven discussie in groep. Via onderzoekerstriangulatie werd getracht om tot meer betrouwbare resultaten te komen.

RESULTATEN

In totaal stemden dertien van de zeventien gecontacteerde huisartsen in voor een interview (Appendix). Tijdsgebrek was steeds de reden voor weigering. De interviews duurden zevenendertig tot zestig minuten.

1. Rol van de huisarts

Ideologie huisarts

Huisartsen wensten een centrale rol op te nemen in de zorg voor patiënten met chronisch hartfalen. Ze zagen zichzelf als spilfiguur die het overzicht over de therapie en de levenskwaliteit van de patiënt bewaakt. Huisartsen voelden zich hiervoor het best geplaatst omdat zij als dossierbeheerder een globaal beeld hebben van de patiënt en zijn context.

" Een centrale rol ook als de patiënt naar specialist A gaat en diezelfde patiënt gaat een paar dagen later naar een nefroloog. Stel u voor dat die iets voorschrijft wat voor zijn nieren niet goed zou zijn… Allez, dan zouden wij toch op zijn minst moeten zeggen van kijk, kan dat wel? Dus een centrale rol. Wij moeten het GMD beheren, het globaal medisch dossier. Ja, wij zijn verantwoordelijk voor dat dossier."(Arts 4)

Deze arts-patiëntrelatie werd ervaren als een grote bron van beroepsvreugde. Omwille van toenemende werkdruk waren er echter artsen die de vrees uitdrukten dat deze centrale rol vervullen in de toekomst niet haalbaar gaat blijven.

Taakinvulling huisarts

De huisartsen zagen diagnosestelling, verwijzing en opvolging als hun concrete taken bij hartfalenpatiënten. Op vlak van diagnosestelling werd vooral '*awareness'*

aangehaald, met andere woorden ‘er aan denken’. Na bevestiging van de diagnose door de cardioloog gaven de artsen aan dat het hun taak is om het beleid van de cardioloog om te zetten in de praktijk.

“Ik denk dat ik als huisarts over het algemeen een goed beeld heb over wie en wat de patiënt is, weet en kan. Dat ik ook een goed zicht heb op wat er sociaal bij de patiënt leeft. Wat de ondersteuning is. Ik denk dat ik, als taak heb om het theoretische eigenlijk in de praktijk, de concrete praktijk om te zetten.” (Arts 13)

De huisartsen gaven aan dat de opvolging van hartfalenpatiënten het opvolgen van de klinische toestand inhield, het overzicht bewaken over de medicatie (interacties, comorbiditeit, aanpassingen bij decompensatie) en educatie van de patiënt. Meermaals werd aangegeven dat dit laatste luik tijdrovend is en door de arts niet steeds uitgewerkt werd. De mate waarin educatie effectief gedaan werd door de huisarts werd bepaald door hun ervaring en persoonlijke interesse. Toch vonden de meeste huisartsen dit belangrijk en voelden ze zich vanwege hun kennis over de sociale context ideaal geplaatst om deze educatie te verstrekken.

“Ik denk wel dat dat tot onze taken behoort. We krijgen daar maar weinig tijd voor omdat we heel wat andere rompslomp moeten doen, e-boel enzo. Maar ik denk wel dat dat onze kerntaak is ja. Omdat wij de mensen ook kennen in hun thuissituatie, in hun gezin.” (Arts 12)

Algemeen vonden artsen het heel belangrijk om zorg op maat van de patiënt te bieden bij hartfalen. Adviezen en beleid werden zo veel mogelijk aangepast aan de toestand en de wensen van de patiënt (gestratificeerde zorg). De jongere, fitte patiënt werd standaard doorverwezen naar de cardioloog, terwijl vooral de geriatrische, kwetsbare, cognitief minder goede patiënt sneller in eigen zorg gehouden werd.

“En een rusthuis, dat betekent toch ook al dat die patiënten.. ja.. Hoe moet ik dat zeggen. Dat ge daar toch eigenlijk meer symptoomcontrole wilt doen en zorgen dat ze comfortabel blijven. En niet alles uit de kast gaan halen daarvoor. Dus die opvolging is toch iets beperkter dan bij jonge, actieve patiënten met hartfalen.” (Arts 7)

Belemmerende factoren

Globaal gaven huisartsen aan dat ze tevreden zijn over hun huidige rol in de zorg voor hartfalenpatiënten. Er werden echter ook enkele factoren als belemmerend ervaren. Deze situeren zich op het niveau van de patiënt, van praktijkorganisatie en toenemende werkdruk en van kennis en een gebrek aan richtlijnen.

Huisartsen gaven aan dat gebrek aan inzicht en discipline bij de patiënt en mantelzorgers de therapietrouw verlaagde en zo de kwaliteit van de behandeling beïnvloedde.

“Daar valt ook alles mee hé. Ge kunt de beste pilletjes hebben maar als die man dat weigert te slikken, dan sta je daar hé. “ (Arts 4)

Ook de hoge werkdruk werd als belastend ervaren. Voorbeelden hiervan zijn de administratieve belasting van de huisarts, het tijdrovend aspect van educatie en het ervaren van hartfalen als een arbeidsintensieve problematiek.

“Meestal hebt ge te weinig tijd om u te fel te concentreren op dat niet medicamenteuze luik. Bij mij toch hè. Mijn collega is nogal een felle daarin dus die gaat dan gewoon gemakkelijker zijn consultatie uitbreiden naar een half uur – drie kwartier zodat die dat toch maar gedaan heeft maar ja. Ik stop dan door de hoge werkdruk.” (Arts 7)

Tot slot werd aangegeven dat een gebrek aan kennis de zorg voor patiënten met hartfalen bemoeilijkte. Huisartsen ondervonden moeilijkheden bij het overzien van medicamenteuze interacties, omgang met comorbiditeit en optitreren van diuretica.

"Op een gegeven moment komt ge aan die nierfunctie die beperkt is en dan is het koorddansen." (Arts 8)

Ze gaven aan dat concrete richtlijnen voor deze complexe multimorbide patiënten ontbraken.

Opportuniteiten

Oplossingen die door de huisartsen aangereikt werden, waren tweeledig. Enerzijds werd er gepleit voor lokale multidisciplinaire zorgafspraken/richtlijnen die houvast konden bieden bij het beleid. Anderzijds werd er meer ondersteuning gewenst om het huisartsberoep te verlichten. Mogelijke voorstellen daarin waren meer financiële en structurele hulp vanuit de overheid en het inschakelen van een educator om het takenpakket van de huisarts te verlichten.

2. Multidisciplinaire samenwerking

Huisartsen gaven aan dat cardiologen en eerstelijnsverpleegkundigen de voornaamste partners zijn in de zorg voor hartfalenpatiënten.

Cardiologen

De huisartsen zagen de cardiologen als diegenen die de diagnose hartfalen stellen en een technisch bilan opmaken. Daarnaast werden ze gezien als verantwoordelijk voor het opstellen van het beleid en – indien nog niet gebeurd door de huisarts – verantwoordelijk voor de opstart van medicatie. De patiënt ging vervolgens periodiek op controle bij de cardioloog. Onstabiele patiënten werden voor een extra controle doorverwezen of bij dringende gevallen werd hierbij telefonisch advies ingewonnen bij de cardioloog. Routine communicatie verliep via briefwisseling.

"Als ik zie: ik ben die man hier kwijt aan het geraken om één of andere reden, die decompenseert verder en ik doe dat en dat, ja dan heb ik rap een telefoontje gedaan en gezegd van 'kijk wat doe ik daarmee'?" (Arts 4)

De samenwerking met de cardiologen werd ervaren als vlot. Huisartsen waren globaal tevreden over de communicatie omwille van de toegankelijkheid van de cardiologen. Enerzijds werd de telefonische bereikbaarheid als positief ervaren, anderzijds waren wachttijden voor consultatie beperkt. Meerdere huisartsen haalden echter aan dat de communicatie van de cardioloog naar de eerste lijn toe soms minder goed verloopt. Dit uitte zich onder meer in de vorm van achtergebleven briefwisseling en problemen bij ontslag uit het ziekenhuis.

"Op het moment dat ze bij ontslag gaat denk ik dat ze ffkes telefonisch overleg hadden mogen plegen omdat dat een hoogbejaarde vrouw is waar het hartfalenstukje wel een rol speelt enerzijds, maar de sociale problematiek toch ook vrij belangrijk is. Nu zit die mevrouw thuis, sociaal loopt dat niet goed waardoor eigenlijk het behandelen van het hartfalen nog moeilijk wordt." (Arts 13)

Ook werd aangegeven dat de cardioloog in bepaalde situaties onvoldoende gebruik maakt van de kennis van de huisarts over de patiënt.

"Ten tweede denk ik ook dat ze voor ze die diuretica opstarten, hadden ze toch ook even kunnen aftoetsen in de thuissituatie van hebben jullie dat nog al meegemaakt , hebben jullie dat nog al ervaren? Zijn er al problemen geweest …. Terwijl nu eigenlijk die mevrouw met heel zware therapie naar huis komt en die blijkt dan te straf te zijn, dus ik denk wel dat ze dat ffkes hadden mogen terugkoppelen." (Arts 13)

Verpleegkundigen

De rol van eerstelijnsverpleegkundigen (in thuissituatie en woonzorgcentra) werd momenteel vooral gezien als een signaalfunctie. Ze staan in nauw contact met de patiënt en alarmeren de huisarts bij veranderingen in de algemene toestand.

De samenwerking met de verpleegkundigen werd niet steeds als positief ervaren. De meest aangehaalde belemmerende factoren warencommunicatieproblemen en onvoldoende inzicht van verpleegkundigen. Op vlak van communicatie werden de communicatieboekjes ervaren als onoverzichtelijk en de elektronische platforms waren niet steeds gemakkelijk

bereikbaar. Een extra bezorgdheid van enkele artsen was de recente ontwikkeling van *telemonitoring*, waarbij verpleegkundigen dagelijks parameters doorstuurden naar de huisartsenpraktijk. Ze benadrukten het belang van het behoud van de signaalfunctie omdat er niet van de huisarts kon verwacht worden deze veelheid aan informatie te verwerken. Het gebrek aan inzicht uitte zich in het verkeerd inschatten van de urgentiegraad waardoor het nut van de signaalfunctie naar de huisarts toe verloren ging.

"ik denk dat thuisverpleegkundigen soms meekrijgen van bij elk dik been moet ge de dokter onmiddellijk doen komen dus daar zijn ze een beetje overbezorgd over vind ik soms, maar ja."(Arts 13)

"Bij sommigen moet je er echt goed op hameren, van 'alsjeblieft, dat zijn onze alarmsymptomen, verwittig'." (Arts 5)

Op basis van ervaringen met de verschillende zorgverleners (cardiologen, verpleegkundigen) ontwikkelden de huisartsen een voorkeur voor bepaalde partners. Een aantal huisartsen verwees selectief door naar deze zorgverleners omdat de samenwerking dan beter liep. Een bevorderende factor hierbij was het vertrouwen in de capaciteiten van de zorgpartner.

"Ge kiest uw verpleging ook een beetje hé. Zeker de zelfstandige verpleegsters op wie je kunt rekenen." (Arts 4)

"Sommige cardiologen zijn huisartsvriendelijk, andere zijn meer van eens als ge ze daar naar toe stuurt dat ge ze niet meer ziet. Maar na een tijd hebt ge dat door en stuurt ge ze naar de doktoors waar ge het meest mee samenwerkt of die meer ene keer bij hen dan bij ons, die zo meer een beetje afwisselen." (Arts 9)

3. Toekomstige organisatie van multidisciplinaire zorg in Vlaanderen

De bezorgdheden van huisartsen rond de multidisciplinaire samenwerking waren drieledig en situeerden zich zowel in het heden als in de toekomst. Fragmentatie van de zorg, het overslaan van de huisarts en een gebrek aan een patiëntgerichte zorg werden genoemd als belemmerende factoren.

Wat betreft fragmentatie van de zorg werden vooral de cardioloog en de zorg in de tweede en derde lijn aangehaald. Verschillende artsen haalden aan dat sommige cardiologen enkel oog hadden voor de eigen discipline met te weinig aandacht voor de comorbiditeit en achtergrond van de patiënt. Zorgtrajecten en zorgpaden werden ervaren als mede verantwoordelijk voor de versnippering van de zorg.

"De patiënt denkt dan ik ben onder controle, als er iets is zullen ze het wel zeggen, maar dat is niet altijd zo want die kijken naar hun ding en die kijken niet altijd buiten de grenzen van dat zorgtraject of buiten de grenzen van dat zorgpad."(Arts 8)

In de samenwerking met verpleegkundigen werd dit probleem niet ervaren omdat zij ook naar de globale patiënt keken. Dit was ook de reden waarom het draagvlak voor een hoog gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige in de eerste lijn klein was. Meerdere huisartsen gaven wel toe dat zij weinig bekend waren met de eventuele taken die een hartfalenverpleegkundige op zich zou kunnen nemen. Algemeen werd een breed geschoolde *all-round* verpleegkundige verkozen in de eerste lijn (zowel als praktijkassistente als in de thuissetting).

"Goh, ik zou positief staan tegenover een verpleegkundige in de praktijk. Maar ja, eigenlijk komt het op hetzelfde neer. We zijn geen cardiologen hé, we zijn huisartsen. Dus een verpleegkundige specifiek naar hartfalen, ik denk dat hetgene dat zij controleert iemand anders ook kan controleren en dat ik het dan wel zal interpreteren op raadpleging. Ik denk niet dat… Hoeveel verpleegkundigen moet ge dan hebben? In uw huisartsenpraktijk?" (Arts 8)

Een tweede bezorgdheid was het overslaan van de huisarts. In de huidige samenwerkingsverbanden ervaarden de huisartsen dat zij niet steeds betrokken werden in de zorg voor patiënten. Dit uitte zich onder meer in de samenwerking met cardiologen die de zorg te sterk naar zich toe trokken en thuisverpleegkundigen die rechtstreeks communiceerden met de hartfalenverpleegkundigen. Ook een aantal bestaande zorgpaden maakten dat de patiënt minder de huisarts raadpleegt. Naar de toekomst toe waren de artsen bezorgd dat het huisartsberoep verder uitgehold zou worden door het uitbreiden van het takenpakket van de (hartfalen-)verpleegkundigen.

"Als die cardiologen alles naar zich toetrekken en de verpleegsters alles naar zich toe trekken, dan hebben wij geen functie meer hè. Dus daar hebben wij als huisarts misschien een beetje schrik voor van wat dat gaat worden in de toekomst."(Arts 9)

Toch waren de huisartsen in wisselende mate bereid om taken te delegeren aan verpleegkundigen – gaande van educatie tot medicatieveranderingen – om de toenemende werkdruk op te vangen.

Ten slotte drukten artsen de wens uit dat de zorg patiëntgericht moest blijven. Ze vonden de bestaande zorgtrajecten te rigide en administratief belastend. Daarom waren ze geen voorstander van het oprichten van een gestandaardiseerd zorgtraject voor hartfalen. Wel stonden ze open voor een zorgpad, onder de vorm van lokale multidisciplinaire afspraken tussen cardiologen, hun team en huisartsen om de patiënt samen op te volgen en te begeleiden. Een belangrijke verzuchting was dat, in tegenstelling tot de zorgtrajecten, zulke paden flexibel hanteerbaar moeten zijn en dat ze geen extra administratieve belasting met zich mee mogen brengen.

"Maar ik denk dat ze de mogelijkheid moeten kunnen geven om het wat meer op maat te maken van de patiënt…. Dat er een standaard traject is maar dat ge zegt van, we kunnen daar een 'light' versie of een 'extended-deluxe' versie van maken. Een beetje zien wat de patiënt nodig heeft ook hé."(Arts 6)

Dergelijke zorgafspraken zouden de huisartsen extra houvast kunnen bieden. Daarnaast werd het als erg belangrijk ervaren dat de centrale rol van de huisarts binnen een zorgpad gegarandeerd werd zodat het beleid kon blijven afgestemd worden op maat van de patiënt en het overzicht bewaard bleef.

DISCUSSIE

1. Rol van de huisarts

Het onderzoek toonde aan dat huisartsen hun rol in het beleid van chronisch hartfalen als zeer breed definiëren: ze gaven aan in alle aspecten van de zorg hun verantwoordelijkheid te willen opnemen. Voor de diagnose konden ze echter niet zonder de cardioloog. In de verdere zorg namen huisartsen terug een centrale rol op wanneer ze de door de cardioloog voorgestelde theoretische opvolgstrategie verder vormgaven in de praktijk. Ze vertrokken daarbij vanuit een holistisch denkkader en werkten heel patiëntgericht om een maximale levenskwaliteit na te streven. Behandel- en verwijsdrempels hingen af van de algemene toestand, comorbiditeit en levensverwachting van de patiënt en lagen in het algemeen hoger bij geriatrische profielen. De zorg voor hartfalenpatiënten werd in het algemeen als complex en belastend ervaren. De huisartsen gaven aan dat met het toenemend aantal chronisch zieken de druk op huisartsen verder zal toenemen en taakdelegatie noodzakelijk zal zijn. De belangrijkste bezorgdheid die huisartsen hierbij hadden is dat zij hun centrale rol in de zorg niet wilden verliezen.
De brede verantwoordelijkheid die artsen wilden opnemen in de zorg voor hartfalenpatiënten, lijkt op het eerste zicht in tegenspraak met eerdere bevindingen

(9,10,12,16-17). Hancock *et al.* (10) geven in een kwalitatieve studie aan dat de huisarts de diagnose en mede daardoor de behandeling uit handen geeft aan de cardioloog. Conform de richtlijnen (6-8) gaven de huisartsen in deze studie ook aan een de cardioloog nodig te hebben ter bevestiging van de diagnose. Toch zagen ze voor zichzelf een belangrijke rol weggelegd in het beleid: de theoretische strategie van de cardioloog omzetten in een beleid op maat om zo niet enkel de fysieke gezondheid, maar ook de levenskwaliteit van de patiënt te bevorderen. Hierbij erkenden de huisartsen het belang van het betrekken van de patiënt in zijn opvolging. Patiënt- en persoonsgerichte zorg *(Patient-* en *person-centered care*) worden in de literatuur steeds vaker erkend als belangrijk om de zorg voor chronische patiënten te verbeteren (28-36). Verschillende studies tonen aan dat vele oorzaken van herhospitalisatie patiëntgebonden factoren zijn, onafhankelijk van de kwaliteit van de puur medische behandeling (37-39). Het is dan ook niet verwonderlijk dat multidisciplinaire zorgprogramma's succesvoller bleken wanneer ze vertrokken vanuit ditzelfde holistisch denkkader, met aandacht voor de psychische en socio-economische achtergrond van de individuele patiënt (31,37). Het gevaar bestaat echter dat dit gebrek aan gestandaardiseerde zorg tot een zekere willekeur in behandeling leidt, in functie van de overtuigingen en kennis van de artsen. Ondanks het erkende belang van multidisciplinaire zorg (6-8,40) lijkt er een 'twee-sporen beleid' te ontstaan waarbij een subpopulatie van kwetsbare, geriatrische hartfalenpatiënten uitsluitend door de huisarts wordt behandeld. Dit kan verklaren waarom hartfalenpatiënten in de eerste lijn verschillen van hartfalenpatiënten in het ziekenhuis. (3,19,27,39). Aangezien geriatrische complexe profielen eerder onder de zorg van de huisarts blijven, rijst de vraag of deze patiëntengroep bijgevolg wel adequate zorg krijgt? Onderzoek wijst op mogelijke onderdiagnose en -behandeling van hartfalen door huisartsen (4,10).

Zelf ervaarden huisartsen de huidige hartfalenzorg als goed. Knelpunten werden vooral in de toekomst geplaatst. Met de demografische evolutie en een toenemend aantal chronisch zieken neemt de druk op huisartsen inderdaad verder toe en lijkt taakdelegatie en ondersteuning van de huisarts nodig. In de literatuur blijkt een sterk uitgebouwde eerste lijn bovendien de gezondheidskosten te drukken (41,42). Bij het aanbrengen van oplossingen leken huisartsen hun eigen territorium goed af te bakenen en hun spilfunctie te bewaken. Om deze rol te kunnen (blijven) opnemen, moeten ze echter beter ondersteund worden zowel praktisch, financieel als wat kennis betreft.

2. Multidisciplinaire samenwerking

Huisartsen plaatsten de zorg voor hartfalenpatiënten spontaan in een multidisciplinair landschap. Hun voornaamste zorgpartners waren de cardiologen en de thuisverpleegkundigen. De samenwerking met cardiologen werd als positief ervaren omwille van de goede toegankelijkheid. Communicatie van tweede naar eerste lijn werd echter soms als ontoereikend ervaren. In de samenwerking met verpleegkundigen werden een gebrek aan communicatie en gebrek aan inzicht als belemmerende factoren ervaren. Huisartsen gaven echter aan deze moeilijkheden met hun zorgpartners te omzeilen door, waar mogelijk, zelf actief hun collega's te selecteren.

In tegenstelling tot internationale literatuur ervaarden de huisartsen zeer weinig drempels voor doorverwijzing naar de cardioloog (10,13,14,16,17). Bij de terugkoppeling van de cardioloog naar de huisarts werden meer problemen ervaren. Enerzijds werd aangegeven dat sommige cardiologen stabiele patiënten te sterk in eigen zorg houden, anderzijds ervaarden sommige huisartsen een ontoereikende terugkoppeling (tijdige briefwisseling en overleg) bij ontslag van kwetsbare patiënten. Een nieuw item dat naar voren kwam, was de nadruk op moeilijkheden bij ontslag uit het ziekenhuis. De huisarts gaf aan dat hij zichzelf ideaal geplaatst zag om zowel de stabiele als fragiele patiëntengroep mee te begeleiden omwille van zijn kennis over de sociale context en comorbiditeit van de patiënt. Een betere integratie van de zorg met

overleg tussen eerste en tweede lijn zou de zorg voor hartfalenpatiënten significant kunnen verbeteren (7,43).

Aan het gebrek aan vertrouwen in de capaciteiten van de thuisverpleegkundigen zou tegemoet kunnen gekomen worden door gespecialiseerde hartfalenverpleegkundigen te introduceren in de eerste lijn (44,45). Een Cochrane *systematic review* (46) bevestigde reeds de waarde van de hartfalenverpleegkundige in de opvolging van individuele hartfalenpatiënten *(case-management*), met een daling van herhospitalisaties en globale mortaliteit. Onder de bevraagde huisartsen was er echter geen draagvlak voor hartfalenverpleegkundigen in de eerste lijn. Huisartsen gaven vooral een nood aan ondersteuning aan bij complexe, multimorbide geriatrische hartfalenpatiënten. Een goed opgeleide *all-round* verpleegkundige is vanuit die optiek meer aanlokkelijk.

3. Toekomstige organisatie van multidisciplinaire zorg

Concrete invulling van taken die opgenomen dienen te worden door de huisarts en zijn zorgpartners ontbrak vaak of was conflicterend. Er was geen consensus over de concrete taakinvulling van een verpleegkundige. Enkele artsen zetten zich fors af tegen het uit handen geven van medicatie-aanpassingen. Nochtans blijkt dat het optitreren van bèta-blokkers en ACE-inhibitoren met succes uit handen gegeven kan worden aan hiervoor geschoolde verpleegkundigen (47). Een mogelijke verklaring voor deze weerstand tegen het uitbesteden van taken is twijfel over de expertise van de verpleegkundige, die echter niet altijd terecht blijkt (45) en angst voor uitholling van het huisartsenberoep. De angst voor het uit handen geven van patiënten komt ook in andere studies terug (48,49). Huisartsen verkiezen zelf betrokken te blijven en lijken minder moeite te hebben met het ‘delegeren’ van taken dan wanneer ze deze letterlijk uit handen geven (48).
De visie van huisartsen op multidisciplinaire zorg wordt gedeeld door de huidige richtlijnen. Ook hier wordt gepleit voor zorg op maat met aandacht voor de context van de patiënt (6), waarbij een multidisciplinaire aanpak en/of *case-management* de voorkeur genieten boven exclusieve opvolging in een gespecialiseerd hartfalencentrum (46). Zoals reeds eerder aangehaald is het binnen deze zorg op maat belangrijk om verantwoordelijkheid op te nemen voor de oudere kwetsbare patiënt. Close *et al.* (50) waarschuwden voor ‘goedbedoeld verzuim’ in deze patiëntengroep. Een duidelijker zorgkader kan willekeur voorkomen en correcte zorg door de huisarts faciliteren. In de huidige richtlijnen bestaat echter weinig consensus over hoe een dergelijk zorgmodel precies vorm moet krijgen. Hoewel richtlijnen het belang van multidisciplinaire zorg onderstrepen, vullen zij niet in hoe deze concreet geïmplementeerd dienen te worden.
In de ontwikkeling van een toekomstig zorgmodel voor hartfalenpatiënten zal het daarom erg belangrijk zijn om rekening te houden met de noden en bezorgdheden van de huisartsen, verpleegkundigen en cardiologen.
Hoe het multidisciplinair zorgmodel concreet vorm moet krijgen en hoe de visie van de huisartsen hierin optimaal geïntegreerd kan worden, moet nog verder worden onderzocht.

4. Sterkten en zwakten

De sterkte van dit onderzoek ligt voornamelijk in de methode. De *Quagol*-methode werd gebruikt als leidraad bij de data-analyse waardoor deze op een systematische maar tegelijk dynamische wijze gebeurde en echt het product was van teamwerk. Hoewel er vertrokken is vanuit twee afzonderlijke invalshoeken – i.e. (i) de rol van de huisarts in de zorg voor chronisch hartfalen en (ii) de rol binnen de multidisciplinaire samenwerking – is het resultaat één gezamenlijke paper. Datasaturatie werd bereikt bij de interviews. Bij het rekruteren van artsen was er, met slechts vier weigeringen van de zeventien aanvragen, een hoge responsgraad. Dit kan mogelijks verklaard worden door het feit dat de onderzoekers zelf huisarts zijn, waardoor de motivatie van de huisartsen om mee te werken groter was. Dit kan tevens drempelverlagend zijn geweest om in alle eerlijkheid te

antwoorden. Opvallend is dat de weigeringen steeds solo-artsen betrof. Vooral de tijdsfactor werd aangehaald bij weigering. Hierdoor is het aantal solo-artsen (2/13) minder vertegenwoordigd in de interviews (Appendix). Dit is mogelijk een zwakte van het onderzoek. Toch werd getracht een zo representatief mogelijke onderzoekspopulatie af te lijnen binnen de onderzochte regio door een maximale spreiding in leeftijd, geslacht, aantal jaren praktijkervaring en praktijkvorm. Een andere zwakte van het onderzoek is de beperkte ervaring van de hoofdonderzoekers met kwalitatief onderzoek. Er werd getracht dit zo veel mogelijk te compenseren met een opleiding in het afnemen van interviews, continue sturing en feedback doorheen het onderzoeksproces en onderzoekerstriangulatie.

CONCLUSIE

Om tot een succesvolle multidisciplinaire aanpak te komen voor hartfalenpatiënten, dient rekening gehouden te worden met de door de huisarts aangehaalde contextuele factoren, barrières en opportuniteiten. In het Limburgse zorglandschap zagen de huisartsen voor zichzelf een centrale rol weggelegd in de zorg voor hartfalenpatiënten. Ze streefden daarbij naar holistische, patiëntgerichte zorg. Vanuit deze visie werd het multidisciplinair landschap ingevuld. Huisartsen stonden open voor het uitbouwen van samenwerkingsverbanden met de tweede lijn en verpleegkundigen om de zorg voor patiënten te optimaliseren en de toenemende werkdruk op te vangen. Een belangrijke voorwaarde die zij hierbij stelden is dat zij de spil blijven in de zorg en dat er flexibele, patiëntgerichte zorgafspraken gemaakt worden.
Er is verder onderzoek nodig naar hoe de visie van de Vlaamse huisartsen geïntegreerd kunnen worden in een toekomstig multidisciplinair zorgmodel.

Belangenconflict: geen

BRONNEN

1. Krum H, Abraham WT. Heart failure. Lancet 2009, 373(9667): 941–955.
2. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MCJM, Straus SMJM, Hofman A, Deckers JW, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure. The Rotterdam Study. Eur Heart J 2004, 25(18): 1614–1619.
3. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. Heart 2007, 93(9): 1137–1146.
4. Devroey D, Van Casteren V. The incidence and first-year mortality of heart failure in Belgium: a 2-year nationwide prospective registration. Int J Clin Pract 2010, 64(3): 330–335.
5. Claes N, Jacobs N, Vijgen J. Impact of heart failure on hospital activity and healthcare costs in Belgium. J Med Econ 2008, 11(1): 71–79.
6. Van Royen P, Boulanger S, Chevalier P, Dekeulenaer G, Goossens M, Koeck P, et al. Chronisch hartfalen. Huisarts Nu 2011, 40: 158–186.
7. McMurray JJ V, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart. Eur Heart J 2012, 33(14): 1787–1847.
8. Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. NHG-Standaard Hartfalen (Tweede herziening). Huisarts Wet 2010, 53(7): 368–389.
9. Cleland JGF, Cohen-Solal A, Aguilar JC, Dietz R, Eastaugh J, Follath F, et al. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. Lancet 2002, 360(9346): 1631–1639.
10. Hancock HC, Close H, Fuat A, Murphy JJ, Hungin APS, Mason JM. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure have not changed in the past 10 years: a qualitative study and national survey. BMJ Open 2014, 4(3): 1-11.
11. Owen A, Cox S. Diagnosis of heart failure in elderly patients in primary care. Eur J Heart Fail 2001, 3(1): 79–81.
12. Rutten FH, Grobbee DE, Hoes AW. Differences between general practitioners and cardiologists in diagnosis and management of heart failure: a

survey in every-day practice. Eur J Heart Fail 2003, 5:337–344.
13. Cleland JGF, McDonagh T, Rigby AS, Yassin A, Whittaker T, Dargie HJ. The national heart failure audit for England and Wales 2008-2009. Heart 2011, 97(11): 876–86.
14. Clarke KW, Gray D, Hampton JR. Evidence of inadequate investigation and treatment of patients with heart failure. Br Heart J 1994, 71(6): 584–587.
15. Khunti K, Hearnshaw H, Baker R, Grimshaw G. Heart failure in primary care: qualitative study of current management and perceived obstacles to evidence-based diagnosis and management by general practitioners. Eur J Heart Fail 2002, 4(6): 771–777.
16. Fuat A, Hungin APS, Murphy JJ. Primary care: Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. BMJ 2003, 326(7382): 196-202.
17. McEntee M, Cuomo L, Dennison C. Patiënt-, provider-, and system-level barriers to heart failure care. EJCN 2009, 24(4): 290-298.
18. Rutten FH, Grobbee DE, Hoes AW. Differences between general practitioners and cardiologists in diagnosis and management of heart failure: a survey in every-day practice. Eur J Heart Fail 2003, 5(3): 337-344.
19. Nielsen OW, McDonagh T, Cowburn P, Blue L, Robb SD, Dargie H. Patient differences related to management in general practice and the hospital: a cross-sectional study of heart failure in the community. Eur Heart J 2004, 25(19): 1718-1725.
20. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven Cl, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. NEJM 1995, 333: 1190-1195.
21. Mcdonald K, Ledwidge M, Cahill J, Kelly J, Quigley P, Maurer B, et al. Elimination of early rehospitalization in a randomized, controlled trial of multidisciplinary care in a high-risk elderly heart failure population: the potential contributions of specialist care, clinical stability and optimal angiotensin-converting enzyme inhibitor dose at discharge. Eur J Heart Fail 2001, 3: 209-215.
22. Kasper EK, Gerstenblith G, Hefter G, Van Anden E, Brinker Ja, Thiemann DR, et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. J Am Coll Cardiol 2002, 39: 471-480.
23. De la porte PW, Lok DJ, van Veldhuisen DJ, Van Wijngaarden J, Cornel JH, Zuithoff NP, et al. Added value of a physician-and-nurse-directed heart failure clinic: results from the Deventer-Alkmaar heart failure study. Heart 2007, 93: 819-825.
24. Jaarsma T, Strömberg A, Larsen T. Practical guide on home health in heart failure patients. Int J Integr Care. 2013, 13(4): 1-7.
25. Jaarsma T, Brons M, Kraai I, Luttik ML, Stromberg A. Components of heart failure management in home care; a literature review. Eur J Cardiovasc Nurs 2012, 12(3): 230–241.
26. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Acco; 2013.
27. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide forqualitative data analysis. IJNS 2012, 49: 360-371.
28. Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. J Am Geriatr Soc. 2016, 64(1): 1-7.
29. AGS expert panel on person-centered care. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. J Am Geriatr Soc. 2016, 64: 15–18.
30. Piterman L, Zimmet H, Krum H, Tonkin A, Yallop J. Chonic heart failure: optimising care in general practice. Aust Fam Physician 2005, 34(7): 547-553.
31. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. Am J Med 2001, 110: 378-384.
32. Paulus D., Vandenheede K., Mertens R. Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. 2012. Beschikbaar via https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_190A_organisatie_zorg_chronisch_zieken_Position%20Paper_0_0.pdfGeraadpleegd op 01/03/2016.
33. Bird S, Noronha M, Sinnott H. An integrated care facilitation model improves quality of life and reduces use of hospital resources by patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. Aust J Prim Health 2010, 16(4): 326-333.
34. Williams JW, Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, Bettger JP, Kemper AR, et al. Closing the quality gap: revisiting the state of the science (vol. 2: the patient-centered medical home). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2012. Beschikbaar via http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99094/ Geraadpleegd op 05/03/2016.

35. Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. BMC Cardiovasc Disord 2006, 6:43.
36. Wingham J, Harding G, Britten N, Dalal H. Heart failure patients' attitudes, beliefs, expectations and experiences of self-management strategies: a qualitative synthesis. Chronic Illn 2014, 10(2): 135-154.
37. De Keulenaer GW, Brutsaert DL. Urgent need to reorganize heart failure management: from paradoxes to heart failure clinics. Acta Cardiol 2005, 60(2): 179-184.
38. Michalsen A, Konig G, Thimme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. Heart 1998, 80(5): 437-441.
39. Tsutsui H, Tsuchihashi-Makaya M, Kinugawa S, Goto D, Takeshita A. Characteristics and outcomes of patients with heart failure in general practices and hospitals. Circ J 2007, 71(4): 449-454.
40. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay J. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. Heart 2005, 91: 899–906.
41. Starfield B. Is Primary care essential? Lancet 1994, 344(8930): 1129–1133.
42. Price E, Baker R, Krause J, Keen C. Organisation of services for people with cardiovascular disorders in primary care: transfer to primary care or to specialist generalist multidisciplinary teams? BMC Family Practice 2014, 15:158.
43. Van der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, Van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. Eur Heart J 2006, 27: 34-40.
44. Mullens W. Europese hartfalendagen. 2015. Beschikbaar via http://www.mediplanet.be/sites/default/files/Hartfalen_8%20mei%202015_PB.pdf Geraadpleegd op 24/02/2016.
45. Martinez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Services Research 2014, 14(214): 1-17.
46. Takeda A, Taylor SJ, Taylor RS, Khan F, Krum H, Underwood M. Clinical service organisation for heart failure. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD002752.
47. Driscoll A, Currey J, Tonkin A, Krum H. Nurse-led titration of angiotensin converting enzyme inhibitors, beta-adrenergic blocking agents, and angiotensin receptor blockers for people with heart failure with reduced ejection fraction. Cochrane Database Syst Rev. 2015;12:CD009889.
48. Peters-Klimm F, Olbort R, Campbell S, Mahler C, Miksch A, Baldauf A, et al. Physicians' view of primary care-based case management for patients with heart failure: a qualitative study. Int J Qual Health Care 2012, 21(5): 363–371.
49. Tait GR, Bates J, LaDonna KA, Schulz Vn, Strachan Ph, McDougall A, et al. Adaptive practices in heart failure care teams: implications for patient-centered care in the context of complexity. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2015, 8: 365-376. Close H, Hancock H, Mason JM, Murphy JJ, Fuat A, de Belder M, et al. "It's Somebody else's responsibility" - perceptions of general practitioners, heart failure nurses, care home staff, and residents towards heart failure diagnosis and management for older people in long-term care: a qualitative interview study." BMC Geriatrics 2013, 13(69): 1-8.

APPENDIX A: demografische gegevens van de deelnemende artsen.

Arts	Geslacht (M/V)	Aantal jaren ervaring	Praktijkvorm (aantal artsen)	Paramedici verbonden aan praktijk	Afstand samenwerkingsverbanden cardiologen (Gemiddelde tijd autorit in minuten)
1	M	37	solopraktijk	/	9 (ZOL[2] campus Genk)
2	V	3	groepspraktijk (6 en HAIO[1])	verpleegkundige, diëtist, psycholoog	14 (ZOL campus Genk)
3	V	23	groepspraktijk (3 en 2 HAIO's)	/	10 (MZNL[3] Overpelt)
4	M	28	groepspraktijk (3)	kinesist	13 (Sint-Fransiscus Heusden-Zolder) 16 (ZOL campus Genk) 19 (JESSA Hasselt)
5	V	18	groepspraktijk (2 en HAIO)	/	9 (ZMK[4] campus Maaseik) 18 (ZMK campus Bree) 18 (ZOL campus Genk)
6	M	1	duopraktijk	/	14 (St. Fransiscus Heusden-Zolder) 25 (MZNL Overpelt) 26 (JESSA Hasselt)
7	V	2	groepspraktijk (3)	/	7 (Sint-Fransiscus Heusden-Zolder) 17 (ZOL campus Genk)
8	V	26	duopraktijk	/	5 (St.-Trudo ziekenhuis) 22 (JESSA Hasselt)
9	M	30	groepspraktijk (6 en HAIO)	/	11 (ZOL campus Genk)
10	M	48	solopraktijk	/	9 (AZ[5] Vesalius Tongeren)
11	M	26	groepspraktijk (3 en HAIO)	/	7 (ZMK campus Bree) 20 (MZNL Overpelt)
12	V	3	groepspraktijk (6 en HAIO)	verpleegkundige	6 (JESSA Hasselt)
13	M	10	groepspraktijk (5 en HAIO)	diëtist, psycholoog	5 (JESSA Hasselt)

[1] HAIO: huisarts in opleiding

[2] ZOL: Ziekenhuis Oost-Limburg (http://www.zol.be)

[3] MZNL: Mariaziekenhuis Noord Limburg (http://www.mznl.be)

[4] ZMK: Ziekenhuis Maas en Kempen (http://www.zmk.be)

[5] AZ Vesalius: Algemeen ziekenhuis Vesalius (http://www.azvesalius.be

Addendum

Aanvraag en goedkeuring ethische begeleiding masterproeven

Gunstig advies van OBC op 2015-04-03 09:06:07

Kwalitatieve studie naar de rol van de huisarts in het beleid bij chronisch hartfalen

Student(en):
Hanne Leben (hanne.leben@student.kuleuven.be)
Sofia Zervas (sofia.zervas@student.kuleuven.be)
Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:
Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:
andere: prospectief onderzoek dmv interviews + observationele audit binnen eigen praktijk

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Chronisch hartfalen is een frequent voorkomend syndroom met een hoge morbiditeit en mortaliteit. Door de toenemende vergrijzing wordt een ware 'hartfalen epidemie' verwacht. In totaal wordt 2 % van het nationaal gezondheidsbudget besteed aan de zorg voor patiënten met hartfalen. De grootste kost gaat daarbij naar (re)hospitalisaties.

Om kwalitatieve en betaalbare zorg te verlenen, raden (inter-)nationale richtlijnen multidisciplinaire zorg aan. In de Belgische huisartspraktijk lijkt de zorg echter gefragmenteerd met een onduidelijke rol voor de betrokken zorgverleners. Dit uit zich voornamelijk in onderbehandeling, suboptimale dosering van medicatie en onvoldoende educatie van de patiënt. Aangezien patiënten met hartfalen in Europa het meest gezien worden in de eerste lijn, kan binnen een multidisciplinair team een belangrijke rol weggelegd zijn voor de huisarts.

In kwantitatieve studies over multidisciplinaire interventies bij hartfalen wordt de huisarts nauwelijks betrokken in het beleid. In eerdere kwalitatieve studies werd bij huisartsen gepeild naar barrières in het opnemen van de zorg voor hartfalenpatiënten. Een recente studie stelt vast dat deze barrières de laatste 10 jaar niet veranderd zijn.

Addendum

Een belangrijke vraag die echter nog gesteld moet worden, is tot op welke hoogte de huisarts het zijn taak vindt om het beleid rond hartfalen zelf in handen te nemen. De Belgische huisarts lijkt mede omwille van de laagdrempelige verwijzing niet enkel de diagnostiek, maar ook de behandeling uit handen te geven aan de cardioloog.

Vraagstelling:

Daarom is het doel van dit onderzoek om door middel van semi-gestructureerde interviews inzicht te krijgen in de visie van Vlaamse huisartsen over hun rol in het beleid bij patiënten met chronisch hartfalen. Door inzichten te verwerven in de achterliggende gedachten/beweegredenen kan er gewerkt worden aan een duidelijke positionering van de huisarts in het multidisciplinair landschap rond hartfalen patiënten.

Methodologie:

Deze studie hanteert een kwalitatieve aanpak. Door middel van semi-gestructureerde interviews wordt de visie van huisartsen over hun rol in het beleid bij patiënten met hartfalen uitgediept.

Ter voorbereiding van de interviews wordt door beide onderzoekers individueel een audit uitgevoerd in de eigen praktijk om het medicamenteus hartfalenbeleid in kaart te brengen.

Het selecteren van de artsen gebeurt binnen Limburg, waarbij gestreefd wordt naar een maximale variatie in karakteristieken door middel van *purposive sampling*. De artsen worden telefonisch gecontacteerd en tekenen een informed consent voor de aanvang van het interview.

Een topic lijst wordt gebruikt als leidraad voor de interviews. Deze werd opgesteld na doornemen van de literatuur en onderverdeeld in een medicamenteus en een niet-medicamenteus luik.

Elk interview wordt afgenomen door een onderzoeker in bijzijn van de tweede onderzoeker als observator. Aan de hand van een geluidsopname wordt elk interview letterlijk uitgeschreven. Op basis van de literatuur werden voor de analyse al enkele belangrijke theam's geïdentificeerd (deductieve analyse). Thematische analyse wordt gebruikt als methode om de interviews te analyseren. In een eerste stap kennen de twee onderzoekers in NVIVO ieder afzonderlijk codes toe aan elk tekstfragment. Hierna worden codes samengevoegd om tot descriptieve thema's te komen. De resultaten worden onderling besproken om tot een gemeenschappelijke codeboom te komen. Vanuit deze descriptieve thema's worden analytische thema's gedestilleerd door doorgedreven discussie. Via deze onderzoekstriangulatie wordt getracht om tot meer betrouwbare resultaten te komen.

De fases van interviewen en analyseren wisselen elkaar af. Per drie interviews wordt de topic lijst gereviseerd.

Uiteindelijk wordt gewerkt naar één artikel waarbij elke onderzoeker één luik van de resultaten (hetzij medicamenteus, hetzij niet-medicamenteus beleid) uitwerkt.

Addendum

Referenties:

Hancock HC, Close H, Fuat A, Murphy JJ, Hungin APS, Mason JM. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure have not changed in the past 10 years: a qualitative study and national survey. BMJ Open. 2014 Jan;4(3):e003866.

Krum H, Abraham WT. Heart failure. Lancet. Elsevier Ltd; 2009 Mar 14;373(9667):941–55.

Devroey D, Van Casteren V. The incidence and first-year mortality of heart failure in Belgium: a 2-year nationwide prospective registration. Int J Clin Pract. 2010 Feb;64(3):330–5.

Claes N, Jacobs N, Vijgen J. Impact of heart failure on hospital activity and healthcare costs in Belgium. J Med Econ. 2008;11(1):71–9.

Cleland JGF, Cohen-Solal A, Aguilar JC, Dietz R, Eastaugh J, Follath F, et al. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. Lancet. 2002 Nov 23;360(9346):1631–9

Van Royen P, Boulanger S, Chevalier P, Dekeulenaer G, Goossens M, Koeck P, et al. Chronisch hartfalen. Huisarts Nu. 2011;40:158– 86

McMurray JJ V, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart. Eur Heart J. 2012 Jul;33(14):17871–1847.

Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay J. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. Heart 2005;91:899–906.

Jaarsma T, Brons M, Kraai I, Luttik ML, Stromberg A. Components of heart failure management in home care; a literature review. European Journal of Cardiovascular Nursing 2012, 12(3) 230–241

McEntee ML, Cuomo LR, Dennison Cr. Patient-, provider-, and system-level barriers to heart failure care. Journal of Cardiovascular Nursing 2009;24(4):290-298

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

[/apps/ec/models/jQueryFileUpload/server/php/files/08426_1427217666_9871_Informed_consent_interviews_hartfalen_pdf]08426_1427217666_9871_Informed_consent_interviews_hartfalen_pdf

[/apps/ec/models/jQueryFileUpload/server/php/files/93989_1427217667_0255_Topic_Lijst_versie_ethische_commissie_pdf]93989_1427217667_0255_Topic_Lijst_versie_ethische_commissie_pdf

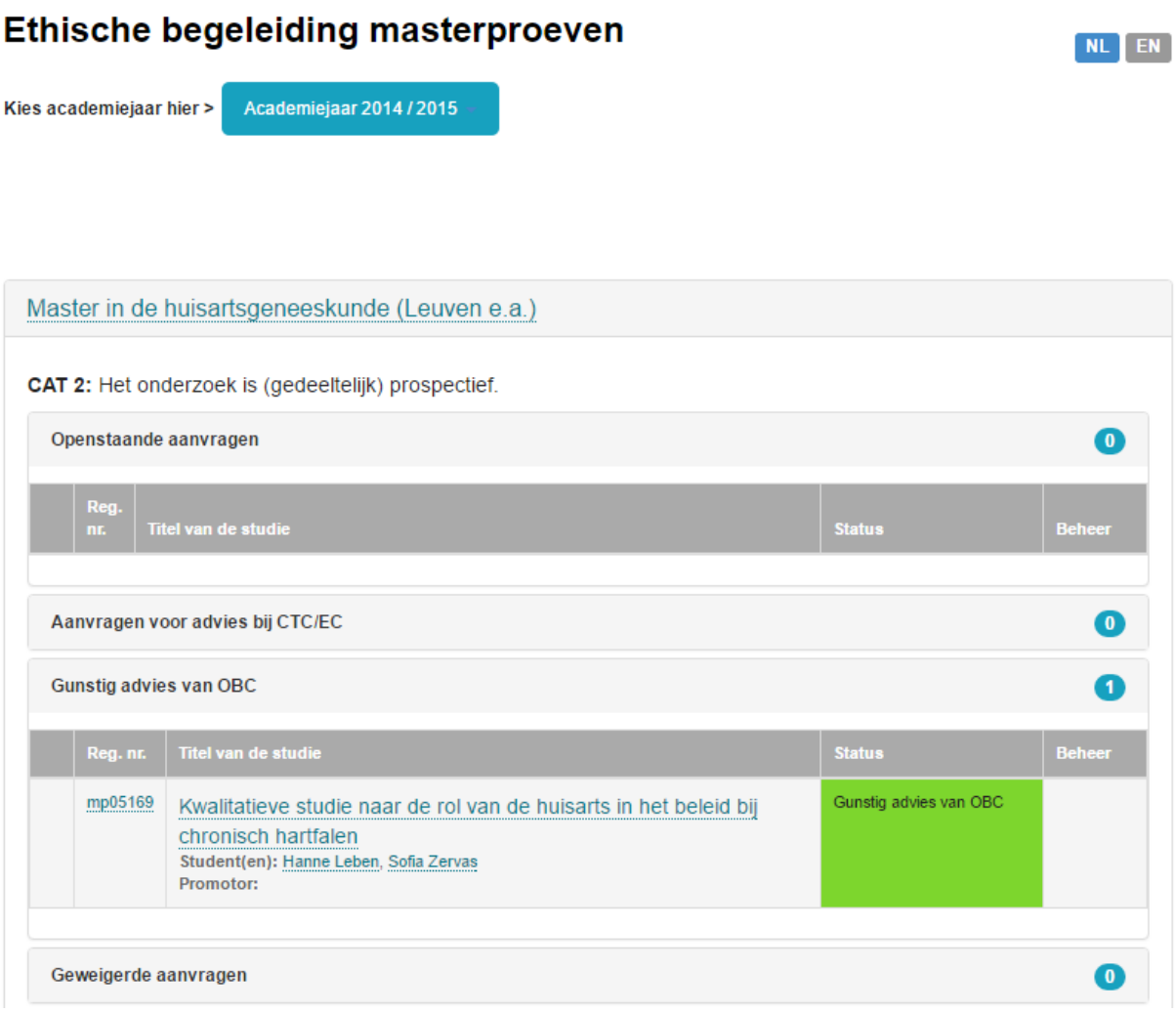
Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

Promotor:

Bert Vaes

Addendum

Registratienummer:
mp05169



Ethische begeleiding masterproeven

NL EN

Kies academiejaar hier > Academiejaar 2014 / 2015

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

CAT 2: Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

Openstaande aanvragen 0

	Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer

Aanvragen voor advies bij CTC/EC 0

Gunstig advies van OBC 1

	Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer
	mp05169	Kwalitatieve studie naar de rol van de huisarts in het beleid bij chronisch hartfalen Student(en): Hanne Leben, Sofia Zervas Promotor:	Gunstig advies van OBC	

Geweigerde aanvragen 0